

Наумова Е.В.

Причинные факторы антенатальной гибели плода

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Научный руководитель: д.м.н. Хворостухина Н.Ф.

Резюме

В данной работе приведены результаты анализа причин антенатальной гибели плода, факторов риска развития данного осложнения гестации и исходов родоразрешений при данной патологии.

Ключевые слова: антенатальная гибель плода, факторы риска антенатальной гибели плода

Младенческая смертность – один из демографических показателей, наиболее наглядно отражающих уровень развития государства и происходящие в нём экономические и социальные изменения. В развитых странах показатель перинатальной смертности варьирует от 5 до 10%. В России данный показатель в 2014 г. составил 8,81%, при этом удельный вес мертворождений достигал 6,02% [1]. Совершенствование перинатальных технологий в последнее десятилетие привело к снижению ранней неонатальной смертности, однако показатели антенатальной и интранатальной смертности остаются относительно высокими, составляя до 50% всех перинатальных потерь [2]. Как известно, антенатальная гибель плода (АГП) отражается не только на динамике показателей перинатальной смертности, но и непосредственно оказывает негативное влияние на здоровье женщины, увеличивая риск фатальных осложнений [3, 4].

В настоящее время имеется большое количество публикаций, посвященных изучению причинного фактора данной патологии. Многочисленными исследованиями доказана немаловажная роль инфекционных факторов, врожденных пороков развития, аномалий плаценты и пуповины, плацентарной недостаточности и критического состояния плода, а также тяжелых акушерских осложнений в генезе АГП [5, 6, 7, 8].

Цель исследования: провести анализ причин антенатальной гибели плода и исходов родоразрешений при данной патологии.**Материал и методы**

Проведен ретроспективный анализ 31 истории родов, гистологических исследований последов пациенток с антенатальной гибелью плода за 2015-2016 гг. по данным Перинатального Центра ГУЗ Саратовской городской клинической больницы №8 (основная группа). Контрольную группу составили 20 пациенток с физиологическим течением беременности и родов, родившие живого ребенка. Обследование беременных проводилось согласно приказа № 572н. Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета прикладных программ Statgraphics.

Результаты и обсуждение

Средний возраст пациенток основной группы составил $30,6 \pm 0,6$ лет, контрольной группы - $23,8 \pm 0,6$ лет ($p < 0,05$). Средний возраст менархе обеих групп значимо не отличался и составил $12,6 \pm 0,1$ лет и $12,3 \pm 0,2$ лет, соответственно. Повторные роды предстали у 94,4% женщин основной группы и у 30% контрольной группы.

Анализ акушерского анамнеза позволил выявить высокую частоту осложнений предыдущих беременностей у женщин основной группы (32,3%): из них 6,45% приходилось на долю АГП во II и III триместрах гестации, в 25,85% наблюдений в анамнезе женщин основной группы установлены случаи неразвивающейся беременности. Искусственный аборт был отмечен у 54,8% пациенток основной группы и у 30% – контрольной группы. Отягощенный гинекологический анамнез в 4 раза чаще прослеживался в основной группе. Из гинекологических заболеваний преобладали: хронический воспалительный процесс половых органов (основная группа: $n=19$; 61,3% и контрольная группа: $n=3$; 15%), доброкачественные заболевания шейки матки (48,4% и 10%, соответственно), миома матки (основная группа: 12,9%). Полученные данные согласуются с мнением других ученых о связи АГП с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом [6, 8, 9].

В структуре экстрагенитальной патологии доминировали заболевания гепатобилиарной системы (основная группа – 19,2%; контрольная группа – 10%), эндокринные расстройства (16,2% и 5%, соответственно). Хронический пиелонефрит (6,45%), вирусные гепатиты В, С (6,45%) и ВИЧ инфекция (3,2%) отмечены только у беременных основной группы.

Детальный анализ особенностей течения настоящей беременности показал высокий удельный вес осложнений гестации в основной группе. Угроза прерывания беременности в различные сроки констатирована у 32,2% женщин. Кроме того, у пациенток с АГП были диагностированы нарушения маточно-плацентарного кровотока Ia - II ст. (30%), задержка роста плода (12,9%), кольпит (12,9%), отеки и протеинурия, вызванные беременностью (9,7%), гестационная артериальная гипертензия (3,2%), умеренная преэклампсия (3,2%), тяжелая преэклампсия (12,9%), гестационный сахарный диабет (3,2%), многоводие (9,7%), бактериурия беременных (3,2%), обострение хронического пиелонефрита (3,2%), грипп и ОРВИ (6,5%). По данным литературы осложнения гестации и сочетание беременности с экстрагенитальными заболеваниями увеличивают риск неблагоприятных исходов и перинатальных потерь [3, 5, 7, 10, 11].

При сроках гестации 26-30 недель антенатальная гибель плода констатирована у 6 женщин (19,4%), при сроках 31-37 недель – у 23 (74%), при сроках 38-41 недели – у 2 (6,5%). Причиной АГП у 13 беременных явилась прогрессирующая отслойка нормально расположенной плаценты (41,9%), в том числе связанная с тяжелой преэклампсией (12,9%). Длительная фетоплацентарная недостаточность в стадии декомпенсации зафиксирована у 12 женщин (38,7%). В 19,4% наблюдений ($n=6$) судить о возможной причине гибели плода до завершения беременности не представлялось возможным.

После поступления в стационар 14 беременных (45,2%) были экстренно родоразрешены путем операции кесарева сечения. Показаниями к операции явились: преждевременная отслойка плаценты и кровотечение (29,1%), тяжелая преэклампсия (12,9%), разрыв матки по старому рубцу (3,2%). В одном случае прогрессирующая отслойка нормально расположенной плаценты осложнилась развитием маточно-плацентарной апоплексии (матки Кувелера), что потребовало расширения объема операции до гистерэктомии. У пациентки с разрывом матки по старому рубцу (после консервативной миомэктомии) выполнена органосохраняющая операция.

У 14 пациенток (45,2%), после обследования, проводилась подготовка родовых путей, с последующей индукцией родовой деятельности. Для подготовки шейки матки использовали миропристон, у 12,9% женщин дополнительно применяли ламинарины. Амниотомия с целью родовозбуждения была выполнена 4 пациенткам (12,9%). В остальных случаях отмечено спонтанное развитие родовой деятельности на фоне подготовки антигестагенами.

Патологическое окрашивание околоплодных вод (мекониальные, зеленые, черные, бурые) выявлено в 45,2% наблюдений при АГП. Тугое обвитие пуповины вокруг шеи плода обнаружено в 3 случаях (9,7%). В одном случае находкой после родов и непосредственной причиной АГП явился истинный узел пуповины.

При родоразрешении женщин с АГП объем кровопотери варьировал от 700 до 4100 мл. Кровотечения зарегистрированы у 9 женщин (29%), из них коагулопатические кровотечения составили 25,8%, гипотоническое кровотечение имело место у 1 женщины (3,2%).

Вес новорожденных находился в пределах от 980 г до 4200 г. Врожденных пороков развития не было выявлено ни в одном случае. По результатам морфологического исследования последов хроническая плацентарная недостаточность установлена в 48,4% наблюдений, острая плацентарная недостаточность – в 42%, воспалительно-инфекционные процессы – в 22,6% (париетальный очаговый гнойный дечедуит, субхориальный интервиллизит). Кроме того, при гистологическом исследовании обнаружены признаки преждевременного созревания плаценты (12,9%), патологической незрелости плаценты (3%).

Заключение

Результаты нашего исследования показали, что АГП чаще встречается у женщин старшей возрастной группы (старше 30 лет), с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом и сопутствующей экстрагенитальной патологией. Среди осложнений гестации к факторам риска АГП следует отнести: различные формы гестоза, нарушения маточно-плацентарного кровотока, инфекционно-воспалительные заболевания во время беременности. Кроме того, по данным морфологического исследования последов, весомое значение в генезе АГП приобретают хроническая и острая плацентарная недостаточность, а также внутриутробная инфекция.

Все вышеизложенное свидетельствует о необходимости комплексного обследования женщин на этапе прегравидарной подготовки для выявления факторов риска антенатальной гибели плода и своевременного проведения лечебных мероприятий для профилактики данного осложнения гестации.

Литература

1. Здравоохранение в России. 2015: Стат.сб./Росстат. М.: 2015; 174 с.
2. Широкова В.И., Филиппов О.С., Гусева Е.В., Состояние здоровья женщин и основные направления развития службы родовспоможения в Российской Федерации //Здравоохранение 2009; 11: 25-31.
3. Коротова С.В., Фаткуллина И.Б., Намжилова Л.С., Ли-Ван-Хай А.В. и др. Современный взгляд на проблему антенатальной гибели плода. Сибирский медицинский журнал (Иркутск) 2014; 130 (7): 5-10.
4. Салов И.А., Хворостухина Н.Ф., Михайлова Ю.В., Рогожина И.Е., Суворова Г.С. Новый взгляд на ведение беременных с мертвым плодом. Практическая медицина, 2007; 1 (20): 24-26.
5. Бубнова Н.И., Тютюнник В.Л., Михайлова О.И. Репродуктивные потери при декомпенсированной плацентарной недостаточности, вызванной инфекцией. Акушерство и гинекология, 2010; (4): 55-58.
6. Хворостухина Н.Ф., Камалян С.А., Бебешко О.И., Артеменко К.В. Причины критического состояния плода в родах. Международный журнал экспериментального образования, 2016; 9-1: 77-78.
7. Сидорова И.С., Милованов А.П., Никитина Н.А., Бардачова А.В., Рзаева А.А. Тяжелая преэклампсия и эклампсия - критические состояния для матери и плода. Акушерство и гинекология, 2013; 12: 34-40.
8. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Карданова М. Критическое состояние плода: определение, диагностические критерии, акушерская тактика, перинатальные исходы. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2015; 14(4): 5-14.
9. Барнинова И.В. Патогенез и танатогенез плодовых потерь при антенатальной гипоксии: автореф.дис. ...докт. мед. наук. Москва, 2015; 48 с.
10. Кузьмин В.Н. Фетоплацентарная недостаточность: проблема современного акушерства. Лечащий врач, 2011; (3): 50-54.
11. Хворостухина Н.Ф., Салов И.А., Столярова У.В. Анализ причин осложнений гестации у беременных с острым панкреатитом. Фундаментальные исследования, 2014; 2: 180-185.